

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 229

SUR UN CAS
DE
LEUCOMÉLANODERMIE GÉNÉRALISÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1920

PAR

BONNET (Raoul-Alexandre)

Né à Bonnieux (Vaucluse), le 10 janvier 1892

Aide de clinique annexe des maladies syphilitiques et cutanées

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	VEDEL, prof.-adjoint, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs</i>
	MASSABUAU, professeur		
	GRYNFELTT, agrégé.		
	RIMBAUD, agrégé.		



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14 Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

SUR UN CAS
DE
LEUCOMÉLANODERMIE GÉNÉRALISÉE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 229

SUR UN CAS DE LEUCOMÉLANODERMIE GÉNÉRALISÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1920



PAR

BONNET (Raoul-Alexandre)

Né à Bonnieux (Vaucluse), le 10 janvier 1892

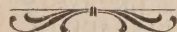
Aide de clinique annexe des maladies syphilitiques et cutanées

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ VEDEL, prof.-adjoint, *Président*.
MASSABUAU, professeur.
GRYNFELTT, agrégé.
RIMBAUD, agrégé. }

Assesseurs



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAHRET (✱).....	DOYEN.
FORGUE (O. ✱)	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAHRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophthalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique obstétricale.....	VALLAIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABAU (✱).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adjoint.
Clinique ann. des mal. syph. et cutanées.....	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des mal. des voies urinaires.....	JEANBRAU (O. ✱), a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. des vieillards.....	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (✱) (D ^r) (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✱).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (✱), ch. d'agrég.
GAUSSEL (✱).	J. DELMAS (✱).	H. VALLOIS ✱, ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. VEDEL, prof.-adj., prés.; MASSABAU, profes.; GRYNFELTT, agrégé;
RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR E. BONNET

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR V. BONNET

A MA TANTE MADEMOISELLE C. BONNET

R. BONNET.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GROS

A MON COUSIN LE DOCTEUR ROUMAGOUX

A MES AMIS

R. BONNET.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

A MON JURY DE THÈSE

R. BONNET.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au moment où nous accomplissons notre dernier acte de scolarité, nous sommes heureux d'exprimer à M. le professeur Vedel toute notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis le début de nos études médicales. Qu'il soit assuré que nous conserverons de lui un impérissable souvenir.

Nous allons laisser de nombreux amis, MM. les docteurs Emile Chauvin et Henri Vallois furent les meilleurs. Nous leur conservons une éternelle gratitude pour toutes les marques de sympathie et pour tous les conseils qu'ils nous prodiguèrent sans se lasser jamais. Les heures vécues auprès d'eux resteront gravées dans notre esprit comme les plus douces de notre jeunesse.

Et parmi ceux que nous n'oublierons pas non plus nous devons citer MM. les docteurs Aimes, Burques, Robardey, Garrigues, Jalibert, Devèze, Ducos, Duvochel, Maquet, Milhaud et Siméon, dont les noms se rattachent aux périodes heureuses de notre vie d'étudiant.

Qu'il nous soit permis maintenant d'adresser un souvenir ému à notre camarade Léon Pouget, l'ami très cher que l'effroyable guerre a enlevé à ceux qui l'aimaient.

SUR UN CAS
DE
LEUCOMÉLANODERMIE GÉNÉRALISÉE

INTRODUCTION

M. le professeur Vedel ayant eu dans son service de l'Hôpital Général un soldat atteint de leucomélanodermie généralisée a bien voulu nous donner l'observation de ce malade, observation qui va faire le sujet de notre thèse.

Ce cas de leucomélanodermie généralisée a déjà été l'objet d'une communication faite à la Société des sciences médicales de Montpellier par M. le professeur Vedel et son interne M. Siméon.

Il présente en effet un grand intérêt, et cela à divers titres. Tout d'abord il s'agit d'un homme, ce qui représente une véritable exception. Ensuite la leucomélanodermie dépassant la région cervicale s'est étendue à tout le tronc jusqu'à la racine des membres, affectant un mode de répartition que l'on peut appeler en caleçon de bain. Enfin le processus achromo-pigmentaire s'est installé d'une façon particulièrement précoce, dès le début

de la période secondaire, et a été favorablement influencé par la médication arsenicale. De plus, certaines lésions ont fait penser à M. le professeur Vedel que le processus de dépigmentation des téguments pouvait trouver dans certains cas une explication autre que celle généralement admise.

A l'observation de ce malade chez qui le traitement a donné un bon résultat, nous opposerons en quelque sorte un cas de leucomélanodermie généralisée, publié par MM. Balzer, Belloir et Lamare dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, où le traitement n'a été suivi d'aucune amélioration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur Vedel, par M. Siméon, interne)

Charles L..., soldat au 24^e Régiment Colonial, âgé de 21 ans, a présenté au début de janvier 1920 un chancre sous-préputial qu'il traita par l'indifférence. Vers le milieu de février, les accidents secondaires firent leur apparition sous forme de plaques muqueuses à l'anus et à la gorge. A ce moment le malade a fait une roséole papuleuse.

Le 22 février, il entre à l'infirmerie de son corps où il reçoit 20 piqûres intramusculaires de biiodure de mercure et 20 injections sous-cutanées de cacodylate de soude.

Le 14 avril, il entre à l'hôpital de Perpignan où il lui est administré 8 nouvelles piqûres de biiodure et une seule injection intraveineuse de néosalvarsan à 0 gr. 15.

C'est le 28 avril que ce soldat est envoyé à la consultation de M. le professeur Vedel en raison de la persistance des accidents secondaires.

Il présente à ce moment-là des plaques muqueuses de la verge et de la bouche, lésions banales, mais en outre une pigmentation anormale des téguments attire immédiatement l'attention.

Au niveau des régions cervicale et abdominale on voit des marbrures aréolaires de coloration jaune-brun, sans forme régulière, se touchant et se confondant en enveloppant des îlots de peau blanche de façon à constituer un réseau à larges mailles. Pas de saillies, pas de desquamation, pas de prurit. Il s'agit de leucomélanodermie.

Ce réticulum occupe l'abdomen dans toute sa hauteur et la partie inférieure du thorax jusqu'à deux travers de doigt au-dessous des mamelons. Une pointe médiane s'avance en languette jusqu'à la partie moyenne du sternum. Au niveau des plis abdomino-cruraux la pigmentation est plus marquée. En arrière, la disposition est plus diffuse. Le dos tout entier présente cette pigmentation brune aréolaire. C'est à la région lombaire que les lésions atteignent leur maximum d'intensité. En haut elles se continuent sans intervalle de peau saine avec la leucomélanodermie cervicale. Celle-ci se caractérise par des taches blanches plus apparentes, en arrière surtout en raison de la pigmentation aréolaire plus foncée. Cette leucomélanodermie descend sur les épaules en bretelle. Au niveau de la partie antérieure et médiane du thorax elle se relie par l'intermédiaire de la languette sternale avec la leucomélanodermie abdominale. Ainsi les mamelons seuls présentent leur teinte habituelle.

Au niveau du bras gauche on voit trois cicatrices arrondies, reliquats d'une vaccination ancienne, qui présentent une aréole récente et plus brune. Le reste des

membres supérieurs a une coloration normale. Les membres inférieurs sont nets de leucomélanodermie. On peut y remarquer un peu de livedo.

On note encore un peu de stomatite blanche à la face interne de la commissure gauche, une alopécie temporelle légère.

L'état général du malade est bon. Il n'éprouve pas de sensation particulière de fatigue, il n'a pas de diarrhée, son pouls est ferme, sans hypotension. Il ne présente aucun des éléments du syndrome addisonien. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. La réaction de Bordet-Wassermann donne un résultat positif fort.

C'est au cours du troisième mois de l'infection que serait apparue la pigmentation anormale. Le sujet n'avait encore reçu aucune injection de novarsénobenzol.

Charles L... a été soumis au traitement arsenical intensif d'usage. Il a reçu en 6 semaines 4 gr. 05 de néosalvarsan. Cette médication n'a pas amené une pigmentation plus accentuée. Au contraire, quand le malade nous a quittés, le 9 juin, les éléments clairs semblaient devenir prépondérants.

OBSERVATION II

(Balzer, Belloir et Lamare. — *Bulletin de dermatologie et de syphiligraphie*,
5 déc. 1912)

H..., garçon boucher, âgé de 20 ans, qui entre le 11 novembre 1912, salle Bazin, a toujours été bien portant dans son jeune âge.

Il a eu un chancre au mois de mai, un mois après la contamination. Il était situé sur la face antérieure du

prépuce, allongé transversalement, peu douloureux. En même temps, ganglions nombreux dans les deux aines.

Le chancre a persisté plus d'un mois, puis, sans traitement, il a disparu. L'adénite inguinale persista longtemps.

Au mois de juillet apparaît une roséole généralisée. Plaques muqueuses amygdaliennes. Le malade ne suit encore aucun traitement. Des papules se forment nombreuses, saillantes, puis deviennent macules, s'effacent en partie. A ce moment le malade note l'existence de larges surfaces brunâtres sur le tronc et sur les membres. De nouvelles poussées éruptives apparaissent à mesure que les autres s'effacent ; en même temps, alopecie en clairières. Céphalée marquée, surtout nocturne. Amaigrissement de 20 livres en deux mois. Le malade tousse et a la voix éteinte. Son facies est pâle et terreux.

En fait de traitement il a pris pendant 15 jours, en octobre, un peu de sirop de Gibert, 500 grammes en tout, et a obtenu une légère amélioration. Au mois de septembre il a pris 3 à 4 bains sulfureux parce qu'il éprouvait des démangeaisons la nuit.

Etat actuel. — On note l'existence sur le tronc et les membres supérieurs de larges placards pigmentés de coloration bistrée, irrégulièrement délimités et sinueux ; leur coloration brunâtre est assez uniforme. Ces placards pigmentés sont coupés par des espaces blancs, dépigmentés, de forme circulaire, paraissant s'étendre à leur périphérie et empiéter de plus en plus sur les placards pigmentés. Au centre de ce cercle dépigmenté, dont le diamètre varie beaucoup, atteignant l'étendue d'une pièce de 5 francs et plus, on voit une papule plate d'un rouge cuivre, arrondie nettement, qui semble être le point de départ de la dépigmentation. Quand deux cercles ainsi

dépigmentés se touchent, les travées brunes qui les séparent s'amincissent et finissent par disparaître. On voit ainsi de grands espaces dépigmentés présentant çà et là des papules aplaties qui marquent le centre des zones de leucodermie.

Les espaces dépigmentés se rencontrent aussi au niveau des membres inférieurs, presque toujours centrés par une papule plus ou moins marquée. Certaines de ces papules sont petites, presque effacées, surtout au niveau du tronc et des fesses.

A la face on trouve des papules encore visibles, assez nombreuses. Le facies est bistré, d'apparence cachectique.

A la verge, on voit la trace du chancre, cicatrice blanchâtre très nette. Au niveau des plis de flexion existent des placards suintants, eczématisés et lichénifiés, larges d'une dizaine de centimètres, recouverts d'un léger revêtement croûteux. La peau de la face ne suinte pas mais desquame très nettement. La recherche du spirochète au niveau des lésions suintantes a été négative, mais elle a été faite quelques jours après l'entrée du malade.

On note l'existence de plaques muqueuses amygdaliennes. Petits ganglions durs dans le triangle de Scarpa. Peu de ganglions à la nuque. Pas d'albuminurie.

Le 16 novembre, injection intramusculaire de 0 gr. 30 de néosalvarsan. Amélioration très rapide et très notable. Les syphilides papuleuses s'affaissent un peu partout, les régions eczématisées et lichénifiées sont moins suintantes et moins épaisses.

On pratique trois nouvelles injections hebdomadaires de 0 gr. 30 de néosalvarsan. L'état général s'améliore chaque jour. La cachexie a cédé. Les régions eczématisées ne suintent plus, la peau y reprend sa souplesse et revient peu à peu à son état normal.

ETIOLOGIE

La leucomélanodermie compte parmi les affections que Fournier a classées sous le nom de parasymphilitiques. Cette affection, qui n'est pas syphilitique par nature, est en effet syphilitique d'origine.

Elle apparaît généralement au cours du deuxième semestre ou de la deuxième année de l'infection, plus rarement pendant les premiers mois, exceptionnellement après deux ans.

Pendant longtemps on l'avait crue exclusive au sexe féminin. C'était une erreur, car on a pu en observer quelques cas chez l'homme. Mais il est un fait incontestable, c'est que pratiquement on peut la considérer comme étant l'apanage de la femme.

Il y a pour l'apparition de la leucomélanodermie un âge d'élection : c'est entre 17 et 26 ans que sa fréquence est la plus grande.

Il ne semble pas qu'elle doive dépendre de la gravité de la syphilis, car elle survient généralement au cours de syphilis moyennes.

Certains auteurs ont voulu voir dans cette manifestation cutanée le résultat d'un état cachectique du sujet.

La cachexie de même que l'action de la chaleur, du soleil et de la constriction des vêtements ne semblent jouer dans l'histoire de la leucomélanodermie qu'un rôle de cause prédisposante tout à fait effacé.

Par contre, il n'est pas douteux que certains états physiologiques comme la grossesse aident à son éclosion et à son intensité.

SYMPTOMATOLOGIE

La leucomélanodermie succède généralement à une éruption papuleuse. Elle naît sous forme de traînées maculeuses sans s'accompagner du moindre symptôme local. Elle s'étend ensuite rapidement, en même temps que la pigmentation s'accroît, et en l'espace de quelques semaines elle revêt la forme qu'elle conservera pendant un temps généralement très long.

A ce moment-là, l'aspect général figure un réseau à larges mailles formé par des marbrures aréolaires de coloration brune ou jaune-brun, sans forme régulière, qui se touchent et se confondent par endroits, enveloppant des îlots de peau blanche décolorée.

Les taches consistent en de simples macules pigmentaires incluses dans une peau qui n'offre ni saillie, ni épaissement, ni desquamation. Leur teinte rappelle celle du chloasma utérin et peut varier comme intensité.

Les îlots de peau blanche enclavés dans les mailles du réseau pigmenté sont le plus souvent arrondis ou ovalaires, d'une étendue comparable à celle d'une pièce de 50 centimes mais pouvant atteindre des dimensions plus considérables.

A ces endroits la peau est plus blanche que normalement. Elle est le siège d'une dépigmentation plus ou moins intense suivant les cas. Cet aspect en quelque sorte vitiligineux de la peau est un caractère essentiel sur lequel nous reviendrons à propos du diagnostic.

La leucomélanodermie se rencontre presque toujours chez la femme et localisée à la région cervicale. Chez l'homme, même dans cette région, elle constitue une rareté.

Alfred Fournier, dans ses Leçons sur la syphilis (en 1873), prétend ne l'avoir jamais observée chez le sexe masculin. La leucomélanodermie généralisée, quel que soit le sexe, est un fait exceptionnel.

Neumann, sur 370 cas de leucomélanodermie syphilitique, n'a noté qu'une seule fois l'extension du processus à l'hypogastre. Dans la littérature de ces 20 dernières années, il n'a été publié que deux cas de leucomélanodermie généralisée (1 cas par Balzer, Belloir et Lamare: Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, 5 décembre 1912; 1 cas par Covisa: Revista clinica de Madrid, 30 janvier 1915).

Presque toujours, en effet, la leucomélanodermie n'intéresse que le cou. Elle est là symétrique et circulaire, mais peut être plus ou moins fortement accusée sur tel ou tel point de son trajet. L'extension des lésions se réduit habituellement à cette région. Cependant on peut les voir descendre sur la partie supérieure du thorax. C'est déjà un cas assez rare, et il est exceptionnel de voir l'affection occuper l'abdomen et la région lombaire comme dans notre observation. La localisation aux membres et à la face est plus exceptionnelle encore.

Ainsi constituée, cette affection ne semble plus subir aucune modification. Elle ne cherche pas par pous-

sées successives à envahir des territoires nouveaux. Elle n'est le siège ni de douleurs, ni même de prurit, et l'on ne saurait remarquer à son niveau ni épaissement de la peau, ni desquamation. Enfin, à l'encontre des autres syphilides secondaires qui ont une évolution limitée, elle persiste, elle, très longtemps.

Fournier pense qu'elle se prolonge pendant deux ou trois ans et qu'elle peut dépasser ce terme. On l'aurait vu subsister jusqu'à sept ans.

PATHOGÉNIE

Dans cette affection on se trouve en présence de deux ordres de faits :

- 1° Un processus d'hyperpigmentation ;
- 2° Un processus de dépigmentation.

Pour expliquer l'hyperproduction du pigment on a cherché d'où pouvait provenir ce pigment, son mode de formation.

Trois théories ont été édifiées :

- 1° La théorie hématogène ;
- 2° La théorie cellulaire ;
- 3° La théorie infectieuse ou parasitaire.

La théorie hématogène fait dériver de l'hémoglobine la matière colorante des lésions. Elle s'appuie pour cela sur des arguments tirés de l'étude chimique qui a montré la présence constante du fer dans le pigment mélanique ; des examens anatomiques et histologiques qui ont montré les rapports du pigment avec les vaisseaux ou les extravasats hémorragiques ; enfin de l'expérimentation qui a prouvé que le pigment peut être produit aux dépens de la matière colorante du sang.

La théorie cellulaire veut que le pigment dérive

d'une activité spéciale de certaines cellules. Les analyses chimiques, montrant la présence du soufre dans le pigment, les recherches histologiques montrant surtout l'identité du pigment mélanique et du pigment normal de la peau ont servi à édifier cette théorie.

Pour les uns, le pigment serait d'origine nucléaire ; pour d'autres, la mélanine se formerait aux dépens de substances protéiques sous l'influence d'un ferment : aux dépens de la tyrosine sous l'influence de la tyrosinase, ou peut-être de l'adrénaline sous l'influence de la tyrosinase.

La théorie infectieuse veut faire dériver du microbe pathogène lui-même la formation du pigment.

Quel que soit le processus intime de la pigmentation, il semble indéniable qu'il se trouve sous la dépendance de sécrétions internes. On admet d'une façon générale qu'une surrénalité spécifique commande les lésions pigmentaires. Mais le sujet que nous avons eu l'occasion d'observer ne présentait ni hypotension, ni asthénie, ni diarrhée, en un mot rien qui rappelle le syndrome de l'insuffisance surrénale.

En tous cas, la plus grande fréquence du processus chez la femme et pendant la période de grossesse permet de penser qu'il est lié à l'activité des glandes à sécrétion interne.

Pour expliquer le processus de dépigmentation, MM. Balzer, Belloir et Lamare avaient émis en 1900 l'idée que le pigment produit au niveau des espaces leucodermiques avait été sans doute résorbé et détruit par les cellules qui constituent le nodule papuleux. Pour eux, il est probable que cette action des cellules est produite aussi par de petits groupements cellulaires dispersés dans l'aire dépigmentée et correspondant par

exemple aux petites papules satellites qui entourent la papule centrale.

Le professeur Ehrmann (de Vienne) explique ce processus de la façon suivante :

Dans les pigmentations succédant à des éruptions syphilitiques, le pigment existe dans l'épiderme, surtout dans les couches basales, et dans le derme où il siège dans de grandes cellules conjonctives à longs prolongements. Ces cellules sont situées autour des vaisseaux dans le corps papillaire.

Dans l'infiltration des cellules ou plasmome qui constitue la papule, Ehrmann a trouvé surtout le pigment dans des cellules spéciales auxquelles il a donné le nom de mélanoblastes et qu'il n'a pas vus seulement dans le derme, mais aussi dans l'épiderme. Mais quand le plasmome a disparu on ne trouve plus le pigment que dans quelques cellules situées dans le voisinage des vaisseaux. Quand le centre du leucoderme est dépigmenté on ne retrouve plus dans le derme que quelques mélanoblastes disséminés, l'épiderme n'en contient aussi qu'à la périphérie du leucoderme.

Dans les condylomes étendus, la disparition du pigment est complète au centre tandis qu'à la périphérie de l'élément le pigment est augmenté dans le derme. Le pigment vrai ne provient pas du sang. Il semble qu'il soit fabriqué par les cellules peut-être aux dépens de la substance des noyaux. Quand on peut suivre la marche de la syphilide pigmentaire, on peut se convaincre que la formation du réseau pigmenté est contemporaine de l'évolution d'éléments maculeux ou plus fréquemment papuleux.

Cette coïncidence est si nette dans certains cas que pour ceux qui n'ont pas été observés on est en droit

d'admettre qu'il s'agissait d'éléments qui ont évolué trop profondément ou d'une manière trop rapide.

Pour les éléments papuleux, la dépigmentation semble commencer immédiatement autour de la papule et s'étendre ensuite à distance. Ehrmann a vu des macules dont le centre blanchissait par la dépigmentation à mesure que leur périphérie encore maculeuse s'accroissait excentriquement. Brandweiner a observé un fait semblable. On sait qu'il a été possible de constater des leucodermes développés sur le siège nettement repéré d'anciens éléments de syphilides. Le pouvoir de dépigmentation exercé par les infiltrats cellulaires produits par la syphilis est d'ailleurs depuis longtemps démontré par la dépigmentation qui se produit chez les nègres atteints d'éruptions syphilitiques.

En somme, le processus de l'infiltration cellulaire s'accompagne de la formation de pigment qui semble élaboré par les éléments cellulaires ou qui en tous cas est fixé dans leur substance. Peut-être aussi est-il produit directement par l'agent pathogène. Une fois fixé dans les cellules il peut y être détruit, de telle sorte que la dépigmentation progresse vers la périphérie, la papule restant le centre du leucoderme. Toutefois le processus de dépigmentation ne s'exerce pas toujours d'une manière assez puissante pour produire le leucoderme. Toutes les papules ne sont pas toujours le centre d'un espace dépigmenté et l'absence de leucoderme semble alors dépendre de l'abondance excessive du pigment que les infiltrats cellulaires ne parviennent pas à détruire.

Pour Ehrmann, la dépigmentation se ferait donc suivant un processus centrifuge, par rapport au centre de la papule leucodermique.

Or il est un fait, dans le cas du malade que nous avons eu l'occasion de voir, qui a fait penser à M. le professeur Vedel que le processus de dépigmentation dont nous venons de parler n'était probablement pas toujours en cause.

Nous avons dit que le soldat Charles L... présentait sur son bras gauche des cicatrices vaccinales. M. Vedel, frappé de la pigmentation circonférentielle de ces cicatrices, a supposé que le pigment élaboré avait pu pénétrer les cellules du derme et de l'épiderme normaux, mais qu'arrivé au niveau des cicatrices il s'était heurté à une zone de peau atrophiée, atrophie qui aurait empêché la pénétration du pigment. Ainsi, au lieu de fuir le centre de la papule, le pigment tendrait à vouloir la pénétrer, mais serait arrêté à sa périphérie où il s'accumulerait. Il s'agirait là d'un processus centripète et non centrifuge comme on l'admet généralement.

DIAGNOSTIC

L'affection qui nous occupe présente quelques caractères particuliers assez nets pour qu'il soit facile de ne point la confondre avec d'autres affections pigmentaires.

Ces caractères sont les suivants :

La leucomélanodermie ne s'accompagne pas d'autres éléments éruptifs. Elle se localise presque toujours à la région cervicale. Elle présente une configuration réticulée aréolaire brune, avec inclusion d'ilots de peau blanche décolorée.

La mélanodermie syphilitique est l'affection qui s'en rapproche le plus. Parmi les caractères communs nous pouvons citer : la localisation au cou et la disposition des travées pigmentées en réseau. Mais dans cette dernière la peau interceptée par les travées, au lieu d'être plus ou moins dépigmentée, a gardé sa coloration normale.

Le hâle calorique siège seulement sur les parties découvertes et s'arrête brusquement au niveau des parties couvertes. Sa répartition est uniforme.

Le chloasma utérin ou masqué de la grossesse a pour siège favori la face.

La mélanodermie d'Addison a pour caractères d'être généralisée et uniforme dans sa distribution, de couleur brun rougeâtre. Elle atteint d'abord les organes génitaux, les parties découvertes et peut se montrer aussi sur la muqueuse buccale sous formes de taches fauves ou brunes. Il y a de plus une asthénie très marquée.

Le pityriasis versicolor peut, dans ses formes à coloration un peu bistrée, présenter une certaine analogie avec la leucomélanodermie. Mais il s'en différencie par les caractères suivants : les lésions desquament légèrement, leur surface présente une fine poussière ; elles sont généralement plus jaunes, plus ocreuses, elles s'accompagnent d'un léger prurit, leur siège est sur le thorax et elles ne gagnent le cou que par extension. Enfin les squames contiennent un champignon : le *microsporon furfur*.

Les mélanodermies d'origine arsenicale s'observent après l'absorption prolongée d'arsenic, quelquefois cependant des doses minimales suffisent à les provoquer. Elles se présentent tantôt sous une forme d'hyperchromie diffuse, tantôt sous forme de taches pigmentaires qui grandissent et confluent. Leur teinte est gris de fer, bronzée, quelquefois noire.

La mélanodermie des tuberculeux consiste en une teinte bistre ou brunâtre, siégeant de préférence sur les organes génitaux, l'abdomen, quelquefois atteignant le cou.

Dans le vitiligo, les zones d'hypochromie sont bien entourées d'une surface hyperpigmentée, mais les surfaces leucodermiques s'étendent graduellement jusqu'à former de grands placards de peau présentant une teinte laiteuse ou éburnée.

TRAITEMENT

En présence d'une affection d'origine nettement syphilitique, il était normal de rechercher sa guérison par le traitement général de la syphilis.

C'est pourquoi on a essayé contre elle le mercure sous toutes ses formes, seul ou associé à l'iodure. Fournier avoue qu'il a poussé aussi loin que possible les doses de ces médicaments sans avoir obtenu d'effet appréciable.

De nos jours où l'on possède avec le néosalvarsan un médicament plus puissant, on pouvait espérer faire mieux et il semble bien que l'on soit parvenu à ce résultat.

Si dans le cas publié par MM. Balzer, Belloir et Lamare on n'a pas vu la pigmentation périleucodermique rétrocéder après le traitement, cela tient peut-être à ce que ce dernier n'a pas été poursuivi jusqu'à des doses suffisamment fortes. Leur malade n'a reçu en effet que 4 injections intramusculaires hebdomadaires de 0 gr. 30 de néosalvarsan, soit 1 gr. 20 en 4 semaines.

Et il convient d'opposer à cet échec le cas du malade traité par M. le professeur Vedel, dans son service, au moyen d'injections intraveineuses hebdomadaires de

néosalvarsan. Ce malade a reçu en six semaines 4 gr. 05 de novarsénobenzol et on a pu noter chez lui une amélioration assez sensible.

Le traitement par le néosalvarsan a pu produire des mélanodermies arsenicales, mais le fait doit être rare puisque M. le professeur Vedel ne l'a encore jamais vu sur une pratique de 25.000 injections.

Au contraire, dans le cas particulier, nous avons vu à la fin du traitement l'éclaircissement des travées pigmentaires se faire et M. Vedel a également observé quelques autres faits semblables d'atténuation très nette de leucomélanodermie cervicale et même la disparition dans un délai relativement peu prolongé de syphilides pigmentaires.

Nous ne parlerons que pour mémoire du traitement local qui fut autrefois essayé aussi. Il consistait en une foule de topiques tels que badigeonnages à la teinture d'iode, collodion au sublimé, frictions mercurielles, traumaticine à l'acide chrysophanique et fut toujours employé avec des résultats variables.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que le traitement curatif par le mercure reste absolument sans effet sur la leucomélanodermie, alors que par le néosalvarsan on a pu observer quelques cas favorables.

CONCLUSIONS

I. — La leucomélanodermie chez l'homme est rare. La leucomélanodermie généralisée est exceptionnelle.

II. — C'est une manifestation de la période secondaire. Elle ne présente par elle-même aucune gravité, mais elle persiste beaucoup plus longtemps que toute autre syphilide secondaire.

III. — Ses caractères cliniques sont nets et son diagnostic facile.

IV. — Le traitement mercuriel n'a sur elle aucune influence.

Le traitement arsenical bien conduit paraît l'avoir améliorée dans un certain nombre de cas.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRAIN. — Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1908.
- BALZER, BELLOIR et LAMARE. — Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1912.
- BROCQ. — Précis élémentaire de dermatologie.
- COVISA (J.-S.). — Revista clinica de Madrid, 1915.
- DARIER. — Précis de dermatologie.
— Pratique dermatologique.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis.
- GENRY et RAYNAUD. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1897.
-

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 24 juillet 1920

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 24 juillet 1920.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon étal ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*. Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 3-78.
